

# TATALAKSANA BERCAK PUTIH PADA KULIT ANAK

**Dr. dr. Farida Tabri, Sp. KK (K) FINSIDV, FAADV  
dr. Roby Syah Putra Firmansyah**



**TATALAKSANA BERCAK PUTIH PADA KULIT  
ANAK**

**Penulis**

**Dr.dr.Farida Tabri,Sp.KK(K),FINS DV,FAADV**

**dr.Roby Syah Putra Firmansyah**

**Penerbit :**

**Al Hayaatun Mufidah**

**Cetakan Ke I,Desember 2016**

**ISBN : 978-602-60849-1-0**

## PRAKATA

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Panyayang, dengan ini kami panjatkan puji syukur atas kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat-Nya kepada kami, sehingga kami dapat menyelesaikan buku yang berjudul “Tatalaksana Bercak Putih Pada Kulit Anak”.

Penulis sangat bersyukur karena telah menyelesaikan buku “Tatalaksana Bercak Putih Pada Kulit Anak” Kami sangat berharap buku ini dapat berguna dalam rangka menambah wawasan serta pengetahuan kita mengenai kelainan bercak putih pada kulit anak.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih memiliki kekurangan. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun dari para pembaca yang budiman sangat dibutuhkan untuk penyempurnaan buku ini kedepannya. Terima kasih.

Makassar, Desember 2016

Penyusun

## Daftar Isi

<b>PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>ANATOMI KULIT .....</b>	<b>3</b>
<b>Kulit Anak .....</b>	<b>7</b>
<b>PITIRIASIS ALBA .....</b>	<b>14</b>
<b>VITILIGO .....</b>	<b>19</b>
<b>NEVUS DEPIGMENTOSUS .....</b>	<b>29</b>
<b>PITIASIS VERSIKOLOR.....</b>	<b>33</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>42</b>

# **PENDAHULUAN**

Kulit merupakan salah satu organ pada tubuh manusia. Kulit memiliki luas sekitar 1,5 m<sup>2</sup>, dan beratnya 15% dari berat badan. Kulit merupakan organ tubuh yang terletak paling luar dan merupakan proteksi terhadap organ-organ yang terdapat dibawahnya dan membangun sebuah barrier yang memisahkan organ-organ internal dengan lingkungan luar dan turut berpartisipasi dalam banyak fungsi tubuh yang vital. Kulit juga diperlukan untuk regulasi panas, sensasi, dan membuat vitamin D. Kulit dapat menjadi indikator yang baik kesehatan.

Salah satu keluhan kulit yang paling umum di keluhkan oleh orang tua pasien adalah timbulnya bercak putih pada kulit. Dimana perubahan warna

kulit berupa bercak putih sering tidak di sadari oleh orang tua pasien. Masalah yang sering di keluhkan sering muncul bersamaan dengan bercak putih yaitu, gatal, dan mengganggu secara kosmetik. Pada kesempatan kali ini akan di jelaskan beberapa penyakit kulit dengan keluhan berupa bercak putih kulit.

## **ANATOMI KULIT**

Struktur kulit terdiri dari tiga lapisan yaitu epidermis, dermis dan subkutis. Terdapat aktifitas pembelahan sel kulit yang bertanggung jawab dalam pembaharuan sel epidermis secara konstan.

Epidermis diperbaharui setiap 21 hari hingga 28 hari untuk migrasi hingga ke permukaan. Fungsi Epidermis antara lain proteksi, organisasi sel, sintesis vitamin D dan sitokin, pembelahan dan mobilisasi sel, pigmentasi dan pengenalan alergen.

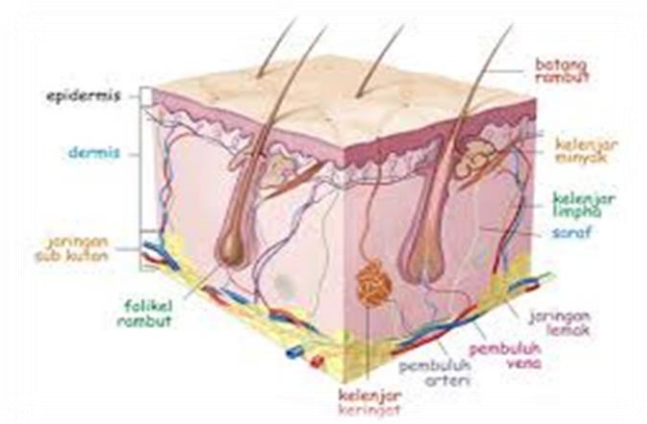
Dermis sering disebut kulit sebenarnya (true skin) dan 95 % kulit dermis membentuk ketebalan kulit. Ketebalan rata-rata kulit jangat diperkirakan antara 1-2 mm dan yang paling tipis terdapat di kelopak mata serta yang paling tebal terdapat di telapak tangan dan telapak kaki. Susunan dasar

dermis dibentuk oleh serat-serat, matriks interfibrilar dan sel-sel. Keberadaan ujung-ujung saraf dalam dermis, memungkinkan membedakan berbagai rangsangan dari luar. Masing-masing saraf memiliki fungsi tertentu, seperti saraf dengan fungsi mendeteksi rasa sakit, sentuhan, tekanan, panas, dan dingin. Bagian dermis mempunyai banyak jaringan pembuluh darah. Dermis juga mengandung beberapa derivat epidermis yaitu folikel rambut, kelenjar sebacea dan kelenjar keringat. Kualitas kulit tergantung banyak tidaknya derivat epidermis di dalam dermis. Fungsi Dermis : sebagai struktur penunjang, mensuplai nutrisi, dan respon peradangan.

Bagian Subkutis banyak mengandung jaringan lemak, pembuluh darah dan kelenjar limfe,



dimana serabut saraf yang berjalan sejajar dengan permukaan kulit. Pada lapisan ini juga terdapat jaringan ikat longgar yang menghubungkan kulit dengan jaringan di bawahnya. Jaringan ikat bawah kulit berfungsi sebagai bantalan atau penyangga benturan bagi organ-organ tubuh bagian dalam, membentuk kontur tubuh dan sebagai cadangan makanan .



Penampang Lapisan Kulit

. Jaringan subkutan dan jumlah lemak yang tertimbun merupakan faktor penting dalam pengaturan suhu tubuh. Seiring bertambahnya usia kinerja liposit dalam jaringan ikat bawah kulit juga menurun. Bagian tubuh yang sebelumnya berisi banyak lemak, akan berkurang lemaknya dan akibatnya kulit akan mengendur serta makin kehilangan kontur. Ketebalan lemak pada lapisan hypodermis ini bervariasi. Area lengan atas memiliki lapisan lemak yang lebih tebal, sedang kelopak mata memiliki lapisan lemak yang tipis.

## **Kulit Anak**

Ada beberapa perbedaan kulit bayi, anak dan dewasa. Dimana Kulit bayi halus dan lembut. Mudah terjadi masalah atau kelainan. Pada lapisan Epidermis atau bagian kulit terluar 20-30% lebih tipis dibandingkan dengan orang dewasa. Kulit bayi lebih sedikit memproduksi melanin yang melindungi kulit dari sinar matahari, sehingga kulit bayi lebih beresiko terbakar matahari. Mudah menyerap zat-zat yang menempel pada permukaan kulitnya. Kelenjar minyak dan kelenjar keringat kulit bayi belum berfungsi penuh, sehingga bayi belum bisa beradaptasi dengan baik terhadap suhu lingkungan dan biasanya hanya berkeringat di bagian tertentu di tubuhnya saja. Penetrasi atau penyerapan dari luar lebih mudah karena barier atau pertahanan di

permukaan kulit belum sempurna. Adanya friksi dengan zat atau bahan dari luar akan memudahkan terjadinya iritasi kulit.

STRUKTUR KULIT	PREMATUR	MATUR	DEWASA
EPIDERMIS	Sel kulit tipis Stratum corneum sedikit Produksi melanin sedikit	Stratum corneum adheren Konten melanin sedikit	Epidermis normal, Melanin normal
DERMO EPIDERMAL JUNCTION	Kohesi yang minim antara epidermis dan dermis	Kohesi yang minim antara epidermis dan dermis	Kohesi normal antara epidermis dan dermis
DERMIS	Elestik fiber sedikit	Elestik fiber sedikit	Full elastik fiber
RAMBUT	Lanugo	Vellus	Vellus dan rambut
KELENJAR SEBASEUS	Besar dan aktif	Besar dan aktif	Besar dan aktif
SARAF DAN PEMBULUH DARAH	Saraf kecil unmyelinated	Saraf kecil unmyelinated, pembuluh darah lengkap	Normal
PERMEABILITAS	Permeabilitas tinggi terhadap lemak, peningkatan	Pertahanan tubuh bagus, permeabilitas tinggi terhadap	Pertahanan tubuh bagus terhadap penetrasi

absorpsi	pada	lemak,
seluruh	area	peningkatan
tubuh		absorpsi pada
		seluruh area
		tubuh

---

Tabel 1. Perbedaan Kulit Bayi, anak dan dewasa

## Warna Kulit

Warna kulit manusia sangat tergantung dari ras atau keturunannya. Warna kulit di turunkan secara genetik dan merupakan total pigmen melanin pada kulit. Warna kulit ini ditentukan oleh pigmen yang terdiri dari eumelanin dan feomelanin. Eumelanin adalah pigmen hasil oksidasi yang berwarna coklat tua dan feomelanin adalah pigmen hasil reduksi yang berwarna kuning krem.

Pengaruh sinar matahari memperbanyak pembentukan eumelanin sehingga menghitamkan kulit. Kondisi ini banyak terjadi di negara yang

beriklim tropis, seperti Asia, Amerika Latin, dan Afrika. Eumelanin ini sangat berguna untuk menangkal pengaruh sinar matahari yang berupa ultra violet yang berbahaya bagi kesehatan kulit, karena bisa menyebabkan kanker kulit.

Kelainan bercak putih pada kulit merupakan penurunan dari melanin atau tidak adanya produksi melanin dari melanosit. Untuk memahami patofisiologi yang mendasari gangguan kulit hipopigmentasi dan hiperpigmentasi, diperlukan diketahui fisiologis normal proses produksi pigmen, apresiasi struktur dan fungsi melanosit.

## **Melanosit**

Selama masa pertumbuhan janin pada saat di kandung pembentukan melanosit sudah

berlangsung. Melanosit merupakan sel yang membentuk melanin dimana melanin ini berpengaruh dalam memberikan warna pada kulit. Melanosit adalah sel crest yang diturunkan dari saraf yang bermigrasi melalui mesenkim ke epidermis dan folikel rambut selama embriogenesis. Migrasi melanosit termasuk uveal pada daerah mata (koroid, badan silia dan iris), leptomeninges dan telinga bagian dalam (koklea). Selama embriogenesis, melanosit memproduksi melanin ditemukan secara difus di seluruh dermis. Pertama kali muncul di kepala dan daerah leher sekitar usia 10 minggu kehamilan. Namun, pada akhir kehamilan, melanosit kulit aktif telah 'menghilang', kecuali di tiga lokasi anatomi yaitu kepala dan leher, aspek dorsal ekstremitas distal, dan area area presacral. Tiga

lokasi di mana melanosit dermal aktif masih ada pada saat berlepasan lahir dengan tempat yang paling umum untuk melanocytoses dermal dan dermal melanocytomas (Nevi biru). Penentu utama dari warna kulit normal adalah aktivitas melanosit, yaitu kuantitas dan kualitas produksi pigmen, kepadatan melanosit. Beberapa faktor yang berperan dalam menentukan tingkat aktivitas melanosit termasuk karakteristik khusus dari melanosom individu (misalnya dimensi) serta baik baseline (konstitutif) dan tingkat aktivitas enzim yang terlibat dalam jalur melanin biosintesis.

Secara garis besar, kelainan bercak putih pada kulit anak di bagi menjadi dua yaitu absennya atau menurunnya jumlah melanosit. Tidak ada atau penurunan produksi melanin, tapi normal jumlah



melanosit. Beberapa penelitian mengenai insiden kejadian bercak putih pada kulit anak, berbeda beda jenis kasus yang di dapat, tergantung dimana dilakukan observasi penelitian tersebut. Namun pada beberapa literatur di dapatkan secara garis besar, ada beberapa penyakit dengan keluhan bercak putih pada anak,yaitu vitiligo, pitiriasis alba, nevus depigmentosus dan pitiriasis versikolor.

## **PITIRIASIS ALBA**

Pityriasis alba (PA) adalah gangguan kulit sering di dapatkan pada anak-anak dan remaja. Insiden lebih tinggi pada tipe kulit yang lebih gelap. Secara umum pityriasis alba tidak memiliki gejala, bercak putih muncul tanpa di sadari oleh pasien, dan kadang-kadang disertai kulit bersisik, area yang sering terkena yaitu wajah, leher dan tubuh. Bercak khas putih memiliki zona pusat, bercak biasanya terbatas pada wajah dan sering dikaitkan dengan infeksi jamur. Sinar ultraviolet di curigai sebagai penyebab utama. Sehingga sering di temukan pada anak anak yang sering beraktifitas terpapar sinar matahari.

Pitiriasis Alba merupakan kasus kronis, dengan frekuensi kekambuhan yang tinggi dimana pengobatan sering tidak berhasil. Daerah bercak biasanya stabil dan akan berangsur-angsur hilang dengan seiring bertambahnya usia. Beberapa kasus mungkin bertahan sampai usia dewasa. Beberapa penelitian telah dikaitkan dengan faktor lingkungan seperti sebagai variasi suhu, kelembaban udara, ketinggian, dan paparan sinar matahari yang berlebihan.

Untuk mendiagnosa diperlukan pemeriksaan lampu Wood: dapat membantu dalam menentukan keberadaan vitiligo, dimana pada vitiligo akan bersinar lebih terang dan memiliki tepi dengan demarkasi tajam



Foto 1. Lampu Wood

Kalium hidroksida (KOH) dari kerokan kulit: akan positif jika pasien memiliki infeksi jamur (pityriasis versicolor), tinea facialis, atau tinea korporis. Pemeriksaan biopsi kulit tidak biasanya diperlukan atau sangat bermanfaat dalam membangun diagnosis pitiriasis alba.

Diagnosis banding pityriasis alba dapat membingungkan dengan kelainan kulit hipopigmentasi lainnya seperti vitiligo, tinea versicolor, tinea corporis, pitiriasis lichenoides, dan hipopigmentasi post inflamasi.

Tidak ada perawatan khusus yang diperlukan untuk mengobati pitiriasis alba. Bercak putih biasanya akan hilang dengan seiring waktu. Krim pelembab atau topikal steroid krim seperti hydrocortisone dapat digunakan mengobati kondisi tersebut. Dalam beberapa kasus, penggunaan krim non-steroid, seperti pimecrolimus. Kedua jenis krim ini dapat membantu mengurangi perubahan warna kulit dan gatal-gatal.



Foto 2. Pasien Dengan Pityriasis Alba Pada daerah dagu

## VITILIGO

Vitiligo merupakan gangguan pigmen yang ditandai secara klinis oleh perkembangan bercak putih tanpa pigmen, secara mikroskopis disebabkan tidak adanya melanosit, dan dapat meningkatkan risiko penyakit autoimun (misalnya, gangguan tiroid). Kejadian vitiligo merupakan salah satu kasus paling sering terjadi dari kasus dengan pigmentasi kulit dimana sekitar 1% dari populasi dunia.

Vitiligo tidak menular. Hal ini tidak mengancam jiwa. Penyakit ini dapat menyebabkan trauma psikologis yang luar biasa, terutama pada orang dengan kulit berwarna. Patofisiologi lesi vitiligo, terjadi penurunan atau tidak adanya melanosit fungsional di kulit. Banyak mekanisme

patofisiologi untuk vitiligo, diantaranya teori autoimun penghancuran melanosit, cacat di struktur dan fungsi melanosit, paparan radikal bebas, penurunan melanosit, metabolit autocytotoxic, rusaknya protein lipid membran di melanosit, cacatnya faktor pertumbuhan melanosit, perusakan neurokimia melanosit,dan etiologi virus.

Vitiligo menyebabkan hilangnya pigmen warna kulit. Kehilangan pigmen dapat terjadi di mana saja di tubuh. Distribusi bercak putih dapat di temukan pada wajah (periorificial), dorsa dari tangan, puting, aksila, umbilikus, sacrum, inguinal, daerah anogenital, ekstremitas (siku, lutut,pergelangan tangan, pergelangan kaki, tulang kering), tulang prominences. Temuan terkait lainnya yaitu rambut



putih rambut dan rambut beruban prematur, alopecia areata, dan halo Nevi.

Vitiligo dapat di klasifikasikan menjadi lokalisata, generalisata dan universalis. Lokalisata dapat di bedakan menjadi fokal vitiligo yaitu dengan karakteristik satu bercak putih atau lebih satu bercak pada satu area tubuh. Sesuai dengan distribusi saraf trigeminal. Segmental bermanifestasi sebagai satu bercak putih atau lebih pada dermatom, paling sering terjadi pada anak, kadang sering disertai dengan rambut menjadi putih. Mucosal dimana bercak putih hanya terdapat pada daerah mukosa.

Vitiligo Generalisata dapat bermanifestasi sebagai vitiligo acrofacial dimana bercak putih didapatkan pada ujung ujung jari dan di tepi area bibir. Vulgaris ditandai dengan bercak yang tersebar

dan terdistribusikan secara luas pada tubuh. Mix atau campuran dimana terjadi kombinasi dari vitiligo acrofacial dan vulgaris, atau segmental vitiligo dan acrofacial atau dengan vitiligo vulgaris.

Vitiligo universalis merupakan manifestasi dari depigmentasi secara sempurna/ komplit atau hampir komplit.

Pemeriksaan penunjang dermatopathology pada biopsi kulit, akan Nampak melanosit benar-benar absen sepenuhnya pada kulit, tetapi pada margin lesi, mungkin ada dapat di temukan melanosit. Pemeriksaan dengan menggunakan lampu wood akan menunjukkan daerah depigmentasi akan berwarna lebih cerah. Laboratorium Pemeriksaan tes darah Darah untuk T4, TSH, glukosa, CBC, dan kortisol (di pasien

berisiko tinggi) dapat diindikasikan untuk menyingkirkan penyakit autoimun. Beberapa penelitian mengungkapkan asosiasi disfungsi tiroid (TD) dengan vitiligo telah memicu penelitian di seluruh dunia untuk mengevaluasi pembenaran untuk skrining untuk TD pada pasien dengan jenis vitiligo tertentu. Saat ini, anak-anak dengan vitiligo, terutama perempuan dan yang memiliki kelainan vitiligo, telah dianjurkan untuk setiap tahun untuk tes fungsi tiroid (TFTs) dan autoantibodi tiroid (TAA) untuk membantu dalam diagnosis dini dan terapi TD.

Pengobatan vitiligo ditujukan untuk mengontrol perkembangan penyakit dan untuk mencapai repigmentation pada lesi. dapat dibedakan menjadi dua terapi yaitu terapi non pembedahan dan pembedahan.

Pada terapi non pembedahan diantaranya yaitu menggunakan fototerapi yang dapat menginduksi repigmentation kosmetik dengan hasil yang cukup memuaskan hingga 70% dari pasien. Terapi laser sangat efektif pada lesi yang sedikit dengan patch stabil. Fototerapi adalah salah satu pilihan pengobatan yang paling dikenal dalam vitiligo. Penatalaksanaan dengan sinar matahari ambien dikombinasikan dengan tabir surya dapat membantu repigmentation, terutama pada daerah kosmetik daerah seperti wajah atau tangan. Pada anak-anak dapat digunakan fototerapi (narrowband UVB & PUVA). Pada beberapa penelitian terbaru penggunaan fototerapi narrowband UVB sering juga di kombinasikan dengan *stem cell therapy*, dilaporkan cukup memberikan hasil yang memuaskan.

Penggunaan steroid topikal ke daerah-daerah lesi dilaporkan cukup berhasil, tetapi harus dihentikan jika ada tidak ada perbaikan klinis setelah 2 bulan. Topikal tacrolimus 0,1% salep telah dilaporkan keberhasilannya tanpa terapi sinar atau terapi steroid dan bisa dicoba sebagai terapi tunggal atau digabungkan dengan terapi lainnya.

Pilihan terapi pembedahan mungkin menjadi pilihan jika terapi tidak berhasil. Tujuan dari teknik berikut ini untuk meratakan warna kulit Anda dengan mengembalikan warna. Diantaranya yaitu : Pencangkokan kulit. Dalam prosedur ini, mengambil bagian yang sangat kecil dari kulit normal, pigmentasi kulit dan menempelkan ke daerah-daerah yang telah kehilangan pigmen. Prosedur ini kadang-kadang digunakan jika vitiligo memiliki patch kecil

vitiligo. Risiko yang mungkin terjadi yaitu infeksi, jaringan parut, dan kegagalan daerah untuk recolorisasi.

Tato (micropigmentation). Dalam teknik ini, dokter menggunakan alat operasi khusus untuk menanamkan pigmen ke dalam kulit Anda. Hal ini paling efektif di sekitar bibir, terutama pada orang dengan kulit lebih gelap. Kerugian termasuk kesulitan mencocokkan warna kulit, dan kecenderungan tato memudar. Juga, kerusakan kulit yang disebabkan oleh tato dapat memicu patch lain pada vitiligo.



Foto 3. Pasien Dengan Vitiligo Pada wajah



Foto 4. Foto terapi Narrow Band UVB



## **NEVUS DEPIGMENTOSUS**

Nevus depigmentosus adalah gangguan pigmentasi bawaan yang dapat terjadi pada semua jenis kelamin dan ras. Hal ini biasanya sudah tampak di masa kecil dan sebagian besar nonprogressive. Bercak putih pada kulit berbentuk mosaik, dengan fungsi melanosit yang rusak dan abnormal melanosom.

Mekanisme untuk nevus depigmentosus yaitu kromosom mosaicism. Lesi bermotif, termasuk anomali pigmen, terdistribusikan sepanjang garis blaschko dianggap sebagai ekspresi mosaicism genetik berdasarkan hipotesis Happle. Riwayat pasien dilahirkan dengan daerah depigmentasi pada

kulit dan daerah asimtomatik yang menetap seumur hidup.

Lesi mungkin tidak teratur dalam ukuran dan bentuk dan kadang-kadang mengikuti pola linear atau pola segmental. Sebuah studi elektron mikroskopis melihat daerah ini menunjukkan bahwa pada melanosom tidak terjadi transfer melanosit ke keratinosit sekitarnya. Tidak ada kelainan terkait dengan nevus depigmentosus.

Nevus depigmentosus sering menyerupai vitiligo. Diagnosis bisa sulit dimana gejala klinis hampir serupa berupa makula atau patch. Tiga pola klinis yang khas yaitu patch terisolasi, melingkar atau tidak teratur dalam bentuk dan ukuran, dengan margin geografis, melibatkan segmen cukup kecil dari tubuh; unilateral atau konfigurasi sepanjang

garis Blaschko, dengan beberapa uliran atau goresan. Nevus depigmentosus harus dibedakan dari vitiligo, dan lesi tuberous sclerosis. Lesi sangat luas, dapat dipertimbangkan multilinear Blaschkoid hypomelanosis. Hypomelanosis dari Ito di mana pigmentasi dikaitkan dengan kelainan rambut, Central nervous system, mata, atau sistem musculoskeletal.



Foto 5. Pasien dengan Nevus depigmentosus di lengan kanan

Nevus depigmentosus tidak memerlukan penanganan khusus, Penggunaan kamuflase secara kosmetik dapat diberikan. Beberapa pilihan terapi lain seperti laser eximer, foto terapi dan cangkok kulit diharapkan terjadi repigmentasi pada kulit.



Foto 6. Gambar garis blaschko

## **PITIASIS VERSIKOLOR**

Infeksi jamur superfisial kronik ringan yang disebabkan oleh jamur *malassezia* dengan ciri klinis discrete atau Confluent. Memiliki ciri-ciri bersisik, tidak berwarna atau tidak berpigmen dan tanpa peradangan. Pityriasis versicolor adalah infeksi jamur yang umum asimtomatik ditandai oleh bercak putih atau coklat. Sinonim *Tinea versicolor*, *Dermatomikosis furfuracea*, *tinea flava*. Dapat terjadi di setiap usia. Disebabkan oleh *P. ovale* (juga dikenal sebagai *P. orbiculare* dan *Malassezia furfur*).

Angka kejadian pitiriasis versikolor lebih tinggi di daerah tropis yang bersuhu panas dengan kelembapan yang cukup tinggi. Di dunia prevalensi angka pitiriasis versikolor mencapai 50% di daerah

yang panas, lembab dan 1,1% di daerah yang dingin. Di Indonesia penyakit ini sering disebut panu.

*P. ovale* adalah jamur lipofilik yang merupakan penghuni normal kulit. Flora normal pada kulit ada beberapa termasuk jamur lipofilik. Bisa berupa jamur polimorfik single spesies seperti *Pityrosporum ovale* atau *Pityrosporum obicular*, namun sekarang diakui bahwa nama genus tersebut tidak valid, dan jamur ini sudah di klasifikasikan ulang dalam genus *malassezia* sebagai spesies tunggal, *Malassezia furfur*. Pertumbuhan yang berlebihan jamur tersebut yang menimbulkan gejala klinis. Dermatitis seboroik dan *Pityrosporum* follikulitis dianggap sebagai manifestasi kulit lainnya dari pertumbuhan berlebih *P. ovale*, dan ketiga kondisi dapat terlihat secara bersamaan.

Kelembaban, keringat, sebum, oklusi, gizi buruk tinggi, kehamilan, steroid topikal, dan pemberian minyak (Misal, cocoa butter, minyak mandi) pada kulit dapat menyebabkan pertumbuhan berlebihan P. ovale. Perubahan pigmen disebabkan oleh asam dikarboksilat yang dibentuk oleh oksidasi enzimatik asam lemak dalam lipid pada permukaan kulit sehingga menghambat tirosinase di melanosit epidermal.

Kelainan kulit pitiriasis versikolor ditemukan terutama di punggung, dada, leher dan lengan walaupun dapat terjadi di bagian tubuh lain. Pada anak-anak, terkadang dapat timbul di daerah wajah. Timbul bercak putih atau kecoklatan yang kadang-kadang gatal bila berkeringat. Bisa pula tanpa keluhan gatal sama sekali, tetapi penderita

mengeluh karena malu oleh adanya bercak tersebut. Pada orang kulit berwarna, kelainan yang terjadi tampak sebagai bercak hipopigmentasi (warna kulit lebih terang dibanding kulit sekitarnya), tetapi pada orang yang berkulit pucat maka kelainan bisa berwarna kecoklatan ataupun kemerahan. Kelainan kulit tersebut sering terdapat skuama (sisik halus).



Foto 7. Pasien PV di pipi kiri





Foto 8. Pasien PV pada pipi kanan

Gejala klinis panu jelas, khas (distinctive), dan diagnosis dapat ditegakkan tanpa pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan menggunakan lampu wood dapat menunjukkan fluorescence

berwarna keemasan. Diagnosis biasanya ditegakkan dengan pemeriksaan potassium hydroxide (KOH), yang menunjukkan gambaran hifa yang pendek. Spora dengan miselium pendek telah dianggap serupa dengan gambaran spaghetti and meatballs tanda khas pitiriasis versikolor. Pewarnaan PAS akan memberikan pewarnaan P. ovale merah muda sangat cerah.



Foto 9. gambaran *spaghetti and meatballs*

Penatalaksanaan pitiriasis versikolor dapat dilakukan secara topical atau sistemik. Untuk pengobatan topical dapat diberikan Pityriasis versicolor berespons yang baik dengan topical agen seperti antimikosis (selenium sulfide 2,5%, ketoconazole 2%) shampoo yang dapat diaplikasikan pada tubuh dan dibiarkan selama 15 menit kemudian di bilas, 2 kali perminggu, digunakan selama 2 sampai 4 minggu. Krim imidazol (clotrimazole, ekonazol, mikonazol, oxiconazole, sulconazole) dapat digunakan untuk, daerah lokal kecil selama 1 sampai 2 minggu. Untuk kronis, berulang, atau keterlibatan parah, antijamur oral (ketoconazole, fluconazole, itraconazole) dapat diberikan. Efek samping termasuk mual, muntah, dan kelainan LFT. Semua pasien harus diberi konseling mengenai

kekambuhan kemungkinan dan faktor predisposisi (Keringat, minyak topikal). Selain itu, bahkan ketika P. ovale sudah hilang, perubahan pigmen dari pityriasis versikolor dapat bertahan selama berbulan-bulan dan tidak berarti kegagalan terapi. Pemberian obat sistemik diindikasikan jika lesi luas dan pengobatan topikal tidak berhasil. Obat anti jamur yang dapat digunakan antara lain ketoconazole tab 3,3 mg-6,6 mg/kgbb/hari. Diberikan sehari sekali selama 10 hari. Itrakonazol tablet dapat digunakan juga sebagai pilihan terapi sistemik.

## **KESIMPULAN**

Kelainan bercak putih pada anak sering dianggap hal yang biasa di masyarakat. Namun pada beberapa kasus sering menimbulkan masalah secara kosmetik. Diagnosis dan penatalaksanaan yang tepat oleh dokter ahli kulit akan memberikan hasil yang memuaskan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Mallory, S.B., A. Bree, and P. Chern, Illustrated Manual of Pediatric Dermatology. 2005: Taylor & Francis.
2. Hoath, S.B. and H.I. Maibach, Neonatal Skin Structure and Function. 2003: Mercel Dekker.
3. Menon, G.K., G.W. Cleary, and M.E. Lane, The structure and function of the stratum corneum. International journal of pharmaceutics, 2012. 435(1): p. 3-9.
4. Baroni, A., et al., Structure and function of the epidermis related to barrier properties. Clinics in dermatology, 2012. 30(3): p. 257-262.
5. Cohen, B.A., Pediatric Dermatology. 2005: Mosby Elsevier.
6. Nicolaidou, E. and A.D. Katsambas, Pigmentation disorders: hyperpigmentation and hypopigmentation. Clinics in dermatology, 2014. 32(1): p. 66-72.

7. Falabella, R., Pigmentary disorders in Latin America. *Dermatol Clin*, 2007. 25(3): p. 419-430, x.
8. Harper J, Oranje A, and Prose N, in Harper's Textbook of pediatric dermatology. 2011, Wiley Blackwell.
9. Lin, R.L. and C.K. Janniger, Pityriasis alba. *Cutis*, 2005. 76(1): p. 21-24.
10. Rigopoulos, D., et al., Tacrolimus ointment 0.1% in pityriasis alba: an open-label, randomized, placebo-controlled study. *Br J Dermatol*, 2006. 155(1): p. 152-155.
11. Pahwa, P., et al., The psychosocial impact of vitiligo in Indian patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2013. 79(5): p. 679-685.
12. Kent, G. and M. al-Abadie, Factors affecting responses on Dermatology Life Quality Index items among vitiligo sufferers. *Clin Exp Dermatol*, 1996. 21(5): p. 330-333.

13. de Menezes, A.F., et al., Pharmacologic Treatment of Vitiligo in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Pediatr Dermatol*, 2016.
14. Lai, Y., et al., Vitiligo and Depression: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Br J Dermatol*, 2016.
15. Afsar, F.S. and F. Isleten, Prevalence of thyroid function test abnormalities and thyroid autoantibodies in children with vitiligo. *Indian J Endocrinol Metab*, 2013. 17(6): p. 1096-1099.
16. Uncu, S., et al., Relevance of autoimmune thyroiditis in children and adolescents with vitiligo. *Int J Dermatol*, 2011. 50(2): p. 175-179.
17. Pacifico, A. and G. Leone, Photo(chemo)therapy for vitiligo. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*, 2011. 27(5): p. 261-277.
18. Dayal, S., P. Sahu, and N. Gupta, Treatment of Childhood Vitiligo Using Tacrolimus Ointment with



Narrowband Ultraviolet B Phototherapy. *Pediatr Dermatol*, 2016. 33(6): p. 646-651.

19. Happle, R., Lyonization and the lines of Blaschko. *Hum Genet*, 1985. 70(3): p. 200-206.

20. Happle, R., Pigmentary patterns associated with human mosaicism: a proposed classification. *Eur J Dermatol*, 1993. 3(3): p. 170-174.

21. Shim, J.H., et al., Development of multiple pigmented nevi within segmental nevus depigmentosus. *J Korean Med Sci*, 2002. 17(1): p. 133-136.

22. Di Lernia, V., Segmental nevus depigmentosus: analysis of 20 patients. *Pediatr Dermatol*, 1999. 16(5): p. 349-353.

23. Nakabayashi, A., Y. Sei, and J. Guillot, Identification of *Malassezia* species isolated from patients with seborrhoeic dermatitis, atopic dermatitis, pityriasis versicolor and normal subjects. *Medical mycology*, 2000. 38(5): p. 337-341.

24. Gupta, A., et al., Epidemiology of *Malassezia* yeasts associated with pityriasis versicolor in Ontario, Canada. *Medical mycology*, 2001. 39(2): p. 199-206.
25. Tarazooie, B., et al., Study of the distribution of *Malassezia* species in patients with pityriasis versicolor and healthy individuals in Tehran, Iran. *BMC dermatology*, 2004. 4(1): p. 1.
26. Ghahfarokhi, M.S. and M.R. Abyaneh, Rapid identification of *Malassezia furfur* from other *Malassezia* species: A major causative agent of pityriasis versicolor. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 2015. 29(1): p. 36-39.
27. Youngchim, S., et al., Ketoconazole inhibits *Malassezia furfur* morphogenesis in vitro under filamentation optimized conditions. *Arch Dermatol Res*, 2016.
28. Sharma, A., D. Rabha, and G. Ahmed, In vitro antifungal susceptibility of *Malassezia* isolates from pityriasis versicolor lesions. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2016.

29. Dourmishev, L.A. Pediatric Tinea Versicolor Workup. 2016 [cited 2016 7 dec]; Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/911138-workup>.

30 netramedia. UVB Narrowband 311 Lamps United Kingdom 2016 [14 december 2016]. Available from: <http://www.phbhealthcare.com/uvb/>.

## PROFIL PENULIS



Dr.dr.Farida Tabri,Sp.KK(K) FINSADV,FAADV adalah seorang dokter spesialis penyakit Kulit dan Kelamin. Gelar dokter umum diperoleh dari Fakultas Kedokteran (FK) Universitas Hasanuddin, Makassar, tahun 1982.

Penulis mengambil spesialisasi ilmu kesehatan kulit dan kelamin di FK UNHAS, Makassar, tahun 1996. Gelar konsultan ilmu kesehatan kulit dan kelamin di FK UNHAS, Makassar, tahun 2008. Gelar Doktor diperoleh dari Universitas Hasanuddin pada tahun 2011. Penulis pernah menjabat sebagai Sekretaris Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK UNHAS pada tahun 2005-2008. Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK UNHAS tahun 2008-2012, Kepala Subdivisi Pediatrik Dermatologi Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK UNHAS tahun 1997-2015.



dr.Roby Syah Putra Firmansyah. Lahir di Samarinda, 22 Mei 1982. Merupakan AlumnusFakultasKedokteranUniversitasMulawarman Samarinda,Kalimantan Timur, tahun 2009. Anak ke dua dari tiga bersaudara ini pernah melaksanakan tugas sebagai dokter PTT daerah Kutai

Kartanegara ,Kalimantan Timur,di Puskesmas Sebulu I Dari Tahun 2011 hingga 20013. Kemudian melanjutkan pendidikan dokter spesialis Ilmu kesehatan Kulit dan Kelamin di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2013 hingga sekarang.

## PROFIL PENULIS



**Dr. dr. Farida Tabri, Sp. KK (K) FINSADV, FAADV** adalah seorang dokter spesialis penyakit Kulit dan Kelamin. Gelar dokter umum diperoleh dari Fakultas Kedokteran (FK) Universitas Hasanuddin, Makassar, tahun 1982. Penulis mengambil spesialisasi ilmu kesehatan kulit dan kelamin di FK UNHAS, Makassar, tahun 1996. Gelar konsultan ilmu kesehatan kulit dan kelamin di FK UNHAS, Makassar, tahun 2008. Gelar Doktor diperoleh dari Universitas Hasanuddin pada tahun 2011. Penulis pernah menjabat sebagai Sekretaris Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK UNHAS pada tahun 2005-2008. Ketua Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK UNHAS tahun 2008-2012, Kepala Subdivisi Pediatrik Dermatologi Bagian Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin FK UNHAS tahun 1997-2015.



**dr. Roby Syah Putra Firmansyah.** Lahir di Samarinda, 22 Mei 1982. Merupakan Alumnus Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman Samarinda, Kalimantan Timur, tahun 2009. Anak ke dua dari tiga bersaudara ini pernah melaksanakan tugas sebagai dokter PTT daerah Kutai Kartanegara, Kalimantan Timur, di Puskesmas Sebulu I Dari Tahun 2011 hingga 2013. Kemudian melanjutkan pendidikan dokter. spesialis Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2013 hingga sekarang.